

VRN-C-19-17-0248

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या :

V/1219/0842

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि

05/12/19

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

Shakuntla

AGE-YEARS आयु-वर्ष

61

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/कटुम्भ का नाम

Khacheeria

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास का पता

Vill - Macheeri

Distt - Bhanupur, Rajasthan, 321026

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास का पता

Same as above


 PASTE PHOTO HERE
 Back Top
 (0842) Shakuntla
OCCUPATION :
व्यवसाय

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)
(आय का सबूत संलग्न)

NA

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे)Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Mangal Singh	63	M	Husband
2	Ramee	37	M	Son
3	Bhahat	35	M	Son
4	Rophni	32	F	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे ड्रामा पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - IMSC
	HE - IMSC
	Surgery - (LE) STRS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
1	SCCA-	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दान चेषणा पर:

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are true to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance liable for rejection/cancellation.
 - 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
 - 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं चेषणा करता हूँ कि इस दान पर दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं सत्य असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं दान को सहायता के लिए "कोशिका फाउन्डेशन", से ही वांछित हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण के लिए किया जायेगा, जो इस प्रश्न में चेषणा की है।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि निरा सहायता हेतु या आवेदन को वापस नही है, तब तक कि या अधिक या समस्त निरा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न जो लिया है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस दान पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस दान में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा नाम, पता, चित्रादि द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रसन्न करने के लिये अधिकृत है। ऐसे प्रचार का विवरण मेरे द्वारा नही पाया गया है या करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" ने तयारी अधिभूत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निम्न



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves it's right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.
- 2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

- हस्ताक्षर अधिभूत, हस्ताक्षर की और से उपरोक्त के "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निरा प्रकार से मान्य व स्वीकार्य करते हैं।
- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी नैऋतकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से ली जा रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निरा अतिरिक्त/सहायता हेतु गन्तुर नहीं किया जात है तो अस्पताल किसी अन्य नैऋतकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखत है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी नैऋतकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं ली जायेगी।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ही यह सहायता वित्तीय प्रकृत की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही यह सहायता या निरा नामे उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज शुरू और अपने जाने के लिये सभी जिम्मेदार रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भी जिम्मेदार या जिम्मेदार प्रश्न प्राप्त में नहीं लेवे।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए अनुमति

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>05/12/19</p>	<p>Dr. Priya Agrawal M.B.B.S. in Ophthalmology</p> <p>(Name of Dr. & Regr. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.</p>	<p>(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 पहली हस्ताक्षर।</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 दूसरी हस्ताक्षर।</p> <p><i>[Signature]</i></p>
---	--